



ANEXO II

DECLARAÇÃO DO TUTOR

Eu, _____, portador do CPF _____, residente na Rua _____, número _____, no município de _____, declaro para os devidos fins que autorizo a realização da anestesia e da esterilização cirúrgica em meu(s) animal(is) abaixo relacionado(s), na data e horário pré- agendados.

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes ao(s) procedimentos(s) proposto(s), incluindo óbito, estando o profissional médico veterinário isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Declaro que recebi as orientações pré e pós-operatórias, e que cumprirei as orientações conforme Anexo I. Juntamente com a cirurgia, autorizo a colocação de microchip individual após término do procedimento operatório.

Declaro que seguirei todas as recomendações do pós-operatório com responsabilidade e se ocorrer qualquer intercorrência vou entrar em contato com os veterinários responsáveis pelos telefones disponibilizados.

Me comprometo a comparecer ao local indicado pela prefeitura no dia e horário previamente agendados, conforme preenchimento abaixo, levando os animais abaixo relacionados, para realização da cirurgia.

E ainda, que autorizo a captura e o uso de imagens durante todo o período de execução dos procedimentos cirúrgicos no município aonde moro, para divulgação do Programa.

NOME DO ANIMAL	ESPÉCIE	SEXO	DATA	HORA
	() Cão () Gato	() Macho () Fêmea		
	() Cão () Gato	() Macho () Fêmea		
	() Cão () Gato	() Macho () Fêmea		
	() Cão () Gato	() Macho () Fêmea		

_____ de _____ de 2024.
(Local e data)

Assinatura



**INSTITUTO
ÁGUA E TERRA**



FICHA DE AGENDAMENTO FICHA Nº: _____

1. INFORMAÇÕES DO ANIMAL:

NOME: _____

ESPÉCIE: () CÃO () GATO SEXO: () MACHO () FÊMEA

RAÇA: _____ () SRD – SEM RAÇA DEFINIDA

PELAGEM: () PRETO () BRANCO () CAMELO () MARROM ()

MESCLADO IDADE: () – 6 MESES () 1 a 2 ANOS () 3 a 4 ANOS () 5 a 6 ANOS ()

7 a 8 ANOS _____ PESO: () 2 a 5 () 5 a 10 () 10 a 15 () 15 a 20

() 20 a 25 () 25 a 30 () + 30 _____

VACINAÇÃO: () SIM () NÃO VERMIFUGAÇÃO () SIM () NÃO

MEDICAÇÃO DE USO CONTINUO: () SIM () NÃO _____

2. INFORMAÇÕES DO TUTOR:

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____

RG: _____ CPF: _____

FONE: _____

ASSINATURA: _____

STATUS – PARA PREENCHIMENTO NO DIA DA CASTRAÇÃO

CASTRADO ()

NÃO APTO/DISPENSADO ()



**INSTITUTO
ÁGUA E TERRA**



PROTOCOLO DE CADASTRAMENTO

Atesto, para os devidos fins, que os animais abaixo relacionados estão cadastrados para a realização de procedimento cirúrgico de esterilização:

NOME DO ANIMAL	ESPÉCIE	SEX O	IDADE	DATA	HORA
	() Cão () Gato	() Macho () Femea			
	() Cão () Gato	() Macho () Femea			
	() Cão () Gato	() Macho () Femea			
	() Cão () Gato	() Macho () Femea			

*Recomendamos inutilizar as linhas em branco.

_____, _____ de _____ de 2024.
(Local e data)

Assinatura do técnico da Prefeitura responsável pelo preenchimento